TUBERCULOSE

DU

COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Juin 1905

PAR

M. Jean CASTANY

Né à Vingrau (Pyr.-Orientales), le 16 juillet 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✳) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✳)
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol		GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Guérin.		
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✳)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✳).
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE.
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne.		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC
Hygiène.		BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✳), E. BERTIN-SANS (✳)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM.	VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		RAUZIER, agrégé libre, Professeur adjoint.
Pathologie externe		De ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
de ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. De ROUVILLE, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	ARDIN DELTEIL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

J. CASTANY.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

ET DE MA GRAND'MÈRE

J. CASTANY.

A MA MÈRE

Faible témoignage de respectueuse reconnaissance.

J. CASTANY.

A MA GRAND-MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

J. CASTANY.

A MON COUSIN LE DOCTEUR J. CHAVANETTE

J. CASTANY.

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR C. OLIVIER

A MADAME M. OLIVIER

J. CASTANY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

J. CASTANY.

A MES AMIS LES DOCTEURS Emile BOURGUET

ET Maurice RIGAL

MEIS ET AMICIS

J. CASTANY.

AVANT-PROPOS

Un nuage vient assombrir la joie et la satisfaction que nous éprouvons de voir le succès couronner nos efforts, et nos études médicales terminées. En effet, en quittant cette vieille faculté de Montpellier, nous cessons, bien à regret, la vie facile et agréable d'étudiant, remplie pour nous de trop chers souvenirs.

Avant de nous séparer de nos maîtres bien aimés, qu'il nous soit permis de nous acquitter à leur égard, d'un devoir qui nous est particulièrement doux, en leur disant publiquement combien est grande et sincère la reconnaissance que nous leur devons pour avoir bien voulu s'occuper et s'intéresser à nous.

Nous remercions d'abord M. le professeur Tédenat, qui a été toujours pour nous et dans toutes les circonstances un guide sûr et un puissant appui. Pendant les nombreux stages que nous avons accomplis dans son service et pendant l'année que nous avons eu l'honneur et l'avantage de passer à ses côtés en qualité d'externe, nous avons pu apprécier la valeur de son haut enseignement, qu'il sait rendre attrayant

par la façon originale et toute neuve de le comprendre et de l'exposer. Il met le comble à ses bontés en daignant accepter la présidence de notre thèse.

M. le professeur Carrieu, qui est notre maître en médecine, a droit, également, à tous nos remerciements. Nous n'oublierons jamais la paternelle bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli, soit à l'hôpital, dans son service que nous avons régulièrement suivi avec autant de plaisir que d'intérêt et dont nous avons retiré les plus grands fruits, soit même chez lui dans son cabinet, qui est toujours ouvert pour ses élèves. C'est avec empressement et une extrême amabilité qu'il a accepté volontiers de faire partie du jury de notre thèse.

Merci encore à M. le professeur-agrégé Soubeyran qui nous a donné l'idée première de ce travail. Il est pour nous, non seulement un maître, mais encore un ami dévoué et dont l'urbanité est connue de tous.

M. le professeur Granel, MM. les professeurs-agrégés Ardin-Delteil, Jeanbrau et Vires savent tout ce que nous leur devons pour les délicates attentions qu'ils ont eues à notre égard, et pour les signalés services qu'ils nous ont rendus dans des circonstances difficiles.

Enfin nous adressons nos remerciements à M. le professeur-agrégé de Rouville, que nous avons eu comme juge à notre premier examen de médecine et que nous retrouvons avec plaisir dans notre dernier jury.

En terminant, qu'il nous soit permis de rappeler deux

noms que l'on peut déjà voir dans les dédicaces : nous avons nommé les docteurs Emile Bourguet, de Graissessac, et Maurice Rigal, de Rochechouart.

On pourra juger de nos sentiments vis-à-vis du premier, quand nous aurons dit que depuis le lycée une amitié fraternelle nous a toujours unis. Liés depuis moins longtemps avec le second, nous n'en avons pas moins apprécié ses qualités de cœur et d'esprit et nous regrettons de n'avoir pu le faire plus tôt.

TUBERCULOSE
DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Un cas de tuberculose hypertrophique du col utérin observé tout récemment dans le service de notre maître M. le professeur Tédenat, est le point de départ et la raison de ce modeste travail. Nous laisserons, par conséquent, de côté toutes les autres localisations génitales de la tuberculose chez la femme : que ce soient les annexes, trompes ou ovaires, que ce soit même le corps de l'utérus qui aient été choisis comme lieu d'élection par le bacille de Koch.

En effet, bien que reconnaissant qu'il y a souvent simultanéité de lésions et qu'un ovaire malade peut très bien être observé en même temps qu'un utérus également atteint, on peut affirmer, cependant, que rien ne rattache nécessairement et fatalement entre elles ces différentes localisations bacillaires. Telle portion de l'appareil génital féminin peut être gravement endommagée et irrémédiablement compromise au point de vue fonctionnel, alors que tout le reste du système et même les parties les plus avoisinantes sont dans un parfait état d'intégrité. On comprendra donc facilement que nous di-

sions avec Faure (Congrès de Rome, 1902), que la tuberculose peut être limitée au col utérin, d'où il s'ensuit que le traitement sera lui aussi limité au col.

Si maintenant l'on se demande comment l'infection tuberculeuse arrive à se produire dans cet endroit particulier de l'organisme, on se trouve dans l'alternative suivante : l'infection est-elle primitive, l'infection est-elle secondaire ?

Les deux hypothèses sont acceptables et un certain nombre d'observations et de faits judicieusement observés par les auteurs qui se sont occupés de la question, prouvent suffisamment que ces deux modes différents d'invasion peuvent très bien être employés par le microbe. Le Dentu, dans son Traité de chirurgie, relate que Turner (1), a noté dans la tuberculose génitale la localisation secondaire dans le 18,5 %, et Stolper (2), dans 20.5 % des cas.

Quant à la manifestation primitive, dit-il, sa présence est plus difficile à établir. Schramm l'estime à 19,5 % des cas ; Spaeth, sur 119 observations de tuberculose génitale, l'a crue primitive 28 fois, Mosler 8 fois sur 46, et Frérichs, 15 fois sur 96.

Le docteur J. Martin (3) de Montpellier, dans un mémoire inédit, s'exprime ainsi à ce sujet : « Le bacille de Koch peut » arriver au col de diverses façons. D'abord directement et » le rôle défensif des sécrétions et de l'épithélium cervical » peut avoir dans ce cas-là quelque importance, mais aussi » par la voie sanguine, ou de proche en proche par la voie » muqueuse : le museau de tanche et l'orifice interne ne cons-

(1) Turner.— Lancet, 1899, p. 1809.

(2) Stolper.— Monatschr. für geb und gynœk. Janvier 1900.

(3) Je remercie sincèrement le docteur Martin qui a bien voulu mettre à ma disposition ses connaissances approfondies de la question et m'a permis de puiser dans un de ses mémoires inédits.

» tituant pas, comme le voudrait Rosthorn (rapport du profes-
» seur Martin de Greisswald, au Congrès de Rome, 1902),
» une barrière infranchissable par l'infection tuberculeuse. La
» tuberculose du col n'est donc pas nécessairement primitive
» et ascendante comme le voudraient certains auteurs, les
» cas où le col est seul atteint semblent au contraire consti-
» tuer l'exception, et bien qu'il soit difficile de distinguer,
» dans beaucoup de cas, la lésion primitive des lésions secon-
» daires, lorsqu'il y a coexistence des localisations, l'examen
» des cas publiés nous autorise à conclure que la tuberculose
» génitale en général, cervicale en particulier, est rarement
» primitive ».

Nous nous rangeons entièrement, dans le cas particulier, à l'avis de ce dernier, et nous diviserons notre travail de la façon suivante : Après quelques mots d'historique, le chapitre premier sera consacré dans un premier paragraphe à l'étiologie et la pathogénie, dans un second à l'anatomie pathologique, comprenant aussi in extenso l'observation précédemment mentionnée.

Trois paragraphes distincts pour les symptômes, diagnostic et pronostic, feront l'objet du chapitre deuxième.

Le chapitre troisième pour le traitement.

Enfin, nous arriverons à nos conclusions.

Les observations relevées seront intercalées dans le texte en leurs lieux et places respectives.

HISTORIQUE

Pendant longtemps la tuberculose génitale de la femme ne fut qu'une « simple curiosité anatomique », et il faut arriver à l'époque moderne pour trouver des travaux précis à ce sujet.

« L'idée. qui fut longtemps celle de beaucoup de chirur-
» giens et de médecins, qu'il était inutile d'intervenir dans les
» tuberculoses même localisées, était bien faite pour laisser
» dans l'ombre l'étude des tuberculoses profondes de l'appa-
» reil génital. C'est seulement depuis les grandes opérations
» sur l'abdomen, que l'on fut amené à constater la fréquence
» relative de la tuberculose génitale de la femme et à entrevoir
» la possibilité d'intervention curatrice dans cette localisation
» de la tuberculose (1) ».

Cependant la littérature ancienne nous offre des faits isolés qui ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse des lésions décrites par les auteurs. Déjà. en 1744, Morgagni trouvait. à l'autopsie d'une jeune fille de 20 ans morte de péritonite tuberculeuse. les deux trompes et l'utérus remplis de matières caséeuses et considérait ces lésions comme étant le foyer primitif de l'affection chez cette malade. En 1825. Louis. et en 1831. Senn. de Genève. rapportent quelques faits ana

(1) Mlle Gorovitz.— These de Paris. Juillet 1900.

logues. Reynaud, en 1831, et Kiwisch, en 1847, décrivirent quelques cas de tuberculose utérine chez des phtisiques, et Cruveilhier figure dans son anatomie pathologique des lésions tubaires de cette nature. Mais, en 1865, paraissait la thèse de P. Brouardel, qui attira réellement l'attention sur la tuberculose génitale féminine. Depuis lors se sont multipliées les observations, les expériences et les travaux pathogéniques, les recherches anatomo-pathologiques et les travaux d'ensemble. On peut citer Spaeth, dans sa thèse (Strasbourg, 1885) ; Cornil, dans ses leçons sur l'anatomie pathologique des métrites en 1889 ; Terrillon au Congrès français de chirurgie de 1889 ; de Massia, dans sa thèse (Paris, 1891) ; Guillemain, dans la Revue de chirurgie (décembre 1894) ; Kelly (John Hopkins, Hosp. Reports, 1890) ; Williams (John Hop. Hsop. Rep., 1892) ; Senn (Tuberculosis of the gen. urin. org., Chicago, 1897) ; Jolly, dans sa thèse (Paris, 1898) ; Le Dentu, dans la Semaine Gynécologique de 1899 ; Popoff (Diss. inaug., Saint-Pétersbourg, 1898).

Enfin, en 1900, la thèse de Mlle Gorovitz nous donne une monographie documentée et claire de la tuberculose génitale, dans laquelle elle a rassemblé une grande partie des travaux écrits à ce sujet. En 1902, Braye et Dervaux présentent chacun une thèse à Paris : le premier sur la tuberculose de l'utérus, le second sur la tuberculose génitale de la femme et des complications péritonéales. En 1902, a lieu à Rome le IV[e] Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique, où les professeurs J.-A. Amann, de Munich, J.-L. Faure, de Paris, A. Martin, de Greisswald, et J. Veit, de Leyde, ont lu différents rapports très concluants sur la question.

En parcourant ces nombreux travaux, nous avons pu recueillir quelques observations dont certaines se rapprochent

absolument de la nôtre, puisqu'elles ont trait à des cas de tuberculose du col de l'utérus se présentant sous forme de tumeurs bourgeonnantes, et offrent par conséquent des cas typiques de tuberculose hypertrophique ou végétante du col utérin.

CHAPITRE PREMIER

§ Ier. — Étiologie et Pathogénie

La tuberculose génitale s'observe à tout âge, aussi bien chez les petites filles que chez les vieilles femmes. Schmitz rapporte un cas de tuberculose génitale à 22 mois, Constausoux à 2 ans, Mosler à 5 ans ; mais ces cas sont presque des exceptions et à ces âges la localisation aux organes génitaux est aussi rare qu'à un âge très avancé.

En effet, c'est à l'âge de la puberté, c'est pendant la vie génitale, entre 20 et 40 ans, au moment où les organes sexuels sont en pleine activité, qu'on observe surtout la localisation génitale de la tuberculose. On comprend facilement que les accouchements, la puerpéralité, constituent des causes d'appel pour l'infection tuberculeuse. De même toutes les affections locales de l'appareil génital, les inflammations, en créant à ce niveau un lieu de moindre résistance par suite de l'altération des tissus et des modifications des sécrétions, sont autant de causes prédisposantes de la localisation tuberculeuse (Gorovitz, *loc. cit.*).

Quant aux causes prédisposantes générales de la tuberculose, les aptitudes léguées ou acquises, elles n'ont rien de spécial pour la tuberculose génitale et elles sont là ce qu'elles sont partout ailleurs. Il est, en effet, de l'avis de tous, et per-

sonne ne songerait à discuter la fameuse question du terrain qui, suivant qu'il est favorable ou défavorable, permet à tel sujet de devenir tuberculeux, alors que tel autre placé exactement dans les mêmes conditions que lui et même dans des conditions pires pourra résister à l'infection.

Au point de vue pathogénique, nous devons envisager successivement les deux sortes de tuberculose : la tuberculose primitive et la tuberculose secondaire.

Dans la tuberculose primitive, deux voies sont offertes au bacille de Koch : la voie descendante et la voie ascendante.

La voie descendante est tracée par les vaisseaux sanguins (Le Dentu), le long desquels on retrouve, comme ailleurs, les premières lésions. Le bacille entraîné dans la circulation générale, ont dit les auteurs, se fixera au niveau de l'appareil génital comme il peut se fixer dans le poumon, le rein ou le foie.

Ceci, bien que théoriquement exact, n'est pas à l'abri de toute critique, et l'on peut faire intervenir la voie ascendante et dire que rien ne prouve que le bacille n'ait traversé le vagin, sans laisser trace de son passage et se soit finalement arrêté à l'utérus. Il existe cependant une preuve, mais une seule, qui soit scientifiquement irrécusable, nous avons nommé la présence de lésions tuberculeuses le long de la voie sanguine, c'est-à-dire la localisation de nodules sur le trajet des vaisseaux.

Dans l'infection par voie ascendante, le bacille tuberculeux peut arriver à l'utérus, soit par l'intermédiaire d'un instrument, soit par les mains contaminées de l'accoucheur. Somme toute, ce sont là les causes banales de l'infection du canal vaginal, mais ce qu'il y a de tout à fait spécial à la tuberculose ascendante, c'est l'apport microbien par le conjoint.

« En effet, le coït est un mode de contagion bien établi.
» Lorsqu'il existe des lésions tuberculeuses du côté des orga-

» nes mâles : testicules, prostate, vésicules séminales, il n'y
» a pas de doute : lorsqu'ils sont sains, la question est plus
» discutable. Cependant, il semble résulter d'observations
» certaines et d'expériences confirmatives que le sperme peut
» contenir des bacilles en dehors de toute lésion apparente de
» l'appareil mâle. En 1882, Cohnheim posait déjà la ques-
» tion : Verneuil, l'année suivante, y répondait par l'affirma-
» tive, et Verchère, en 1883, appuyait cette opinion de deux
» observations. Fernet et Derville, Foa, ont observé la tuber-
» culose génitale primitive chez des femmes de maris tuber-
» culeux, sans lésions génitales, et trouvé des bacilles dans le
» sperme de ceux-ci. Curt Jani, après examen négatif du
» sperme de certains tuberculeux, a décelé des bacilles dans
» leurs testicules (six fois sur huit) ou leur prostate (quatre
» fois sur six). Des expériences de Landouzy et Martin, de
» Sirena et Pernice, Salles, Maffucci, Jœckh, etc., ont prou-
» vé que le sperme ou le tissu d'organes génitaux apparem-
» ment sains, mais provenant de tuberculeux, injectés dans
» différentes conditions, provoquaient la tuberculose chez les
» animaux. En somme, la réalité de l'infection ascendante
» par le conjoint tuberculeux, même en dehors de lésions lo-
» cales, semble bien démontrée (1) ».

Bien que certains auteurs aient contesté la possibilité de l'infection par le coït, il faut reconnaître que dans certains cas rapportés, elle est hors de doute. Enfin, d'aucuns, parmi lesquels Sippel et Prochownik, attribuent parfois l'apport microbien à une cause qui, bien que possible n'en doit pas moins être assez rare : nous avons nommé la masturbation.

La tuberculose secondaire peut arriver à l'appareil génital féminin de trois façons différentes. D'abord par la voie san-

---

(1) Le Dentu

guine, en second lieu par les lymphatiques, et finalement par des linges ou objets quelconques déjà souillés par la malade elle-même.

Pour ce qui est de la voie sanguine, le mécanisme est simple à comprendre. Une lésion tuberculeuse quelconque, le plus souvent pulmonaire cependant, évolue plus ou moins lentement et depuis un temps plus ou moins long, lorsque, sans qu'on sache au juste pourquoi, un bacille entraîné dans le courant circulatoire vient se fixer et élire domicile sur un certain point de l'appareil génital, d'où il s'ensuivra une localisation tuberculeuse nettement secondaire.

L'infection peut également suivre les lymphatiques des adhérences lorsqu'elle émane de l'intestin ou de l'appareil urinaire. D'après Mlle Gorovitz, l'infection descendante ne peut être réalisée par voie lymphatique, *au moins directement*. Le cours de la lymphe dirigé de l'utérus vers les ganglions lombaires s'oppose à la marche en sens inverse du bacille. Lorsqu'on trouve en même temps une lésion ancienne des ganglions rétropéritonéaux ou mésentériques, comme dans les deux cas relatés par Alterthum, et une tuberculose génitale au début, il y a évidemment entre les deux lésions une relation de cause à effet mais le bacille n'a pas passé directement des ganglions vers l'appareil génital par la voie lymphatique la plus courte. Entre la lésion ganglionnaire et la lésion génitale se place une lésion intermédiaire péritonéale ou intestinale, et c'est alors cette lésion secondaire en quelque sorte qui agit pour son propre compte et contamine l'appareil génital. Mais cela, c'est seulement reculer la question, car il faut bien entre le péritoine et la trompe une voie de communication. Cette voie, nous la trouverons dans les adhérences que contractent le péritoine et l'intestin avec l'appareil génital, adhérences à travers lesquelles passe le bacille.

et c'est ainsi que la voie lymphatique prend une importance considérable.

Enfin, le troisième mode d'infection, bien qu'employant la voie ascendante n'en produit pas moins des localisations tuberculeuses secondaires. En effet, l'infection par l'anus dans certaines diarrhées de phtisiques, l'infection par les crachats, l'infection par le pus contenant des bacilles que la malade elle-même transportera au niveau de la vulve, présupposent, somme toute, une localisation tuberculeuse primitive dans un point déterminé de l'organisme. En conséquence, cette réinfection ou plutôt cette autoinoculation permet de qualifier de secondaire une localisation qui est due à la voie ascendante que nous avons vue être considérée comme particulière à la tuberculose primitive.

En résumé, tout en reconnaissant la possibilité de la tuberculose primitive, et même certains cas cités plaident fortement en sa faveur, nous croyons qu'elle est rare et nous irons même jusqu'à dire qu'on ne peut presque jamais l'affirmer sûrement. Tant il est vrai qu'on n'est jamais certain qu'il n'y a pas dans l'organisme, en dehors de l'appareil génital, quelque foyer de tuberculose qui échappe à nos moyens d'investigation.

L'état général peut être excellent, et c'est le cas pour notre malade, et cependant cela n'infirme point l'existence d'autres foyers tuberculeux, pulmonaires par exemple, ne modifiant pas le rythme respiratoire et impossibles à percevoir par l'auscultation et la percussion.

J. Veit, dans son rapport au Congrès de Rome, s'exprime ainsi à ce sujet : les preuves cliniques de la nature primitive d'une tuberculose génitale, dit-il, ne doivent être admises qu'avec une extrême circonspection : car si sur le cadavre, il est déjà très difficile de déterminer la nature de certaines cicatrices et très facile de laisser passer inaperçus de très petits

foyers, chez le vivant vient s'ajouter la difficulté de ne pas toujours pouvoir diagnostiquer une affection pulmonaire ou de déterminer la nature tuberculeuse de cette affection. La raison que l'on donne, que, dans certains cas de tuberculose génitale, l'ablation des parties atteintes a été suivie de guérison définitive de la maladie, n'est pas une preuve, selon moi, de la nature primitive des lésions génitales, car nous savons que la tuberculose peut guérir spontanément, et, par conséquent, nous pouvons toujours supposer qu'antérieurement à ces lésions génitales il existait d'ailleurs d'autres foyers tuberculeux qui, à un moment donné, se sont cicatrisés.

§ 2. — Anatomie pathologique

Au point de vue anatomo-pathologique le col de l'utérus peut être atteint par la tuberculose d'une façon aiguë ou d'une façon chronique.

La forme miliaire aiguë est liée à l'infection générale à marche rapide et se présente comme un épiphénomène. Elle n'a rien de particulier dans sa localisation génitale et n'offre aucun intérêt clinique.

La forme chronique au contraire nous arrêtera et nous lui reconnaîtrons différents aspects.

D'abord « le catarrhe tuberculeux », selon l'expression de Schütt (1), dans lequel la lésion est localisée à l'épithélium superficiel et aux glandes bourrées de masses caséeuses et de nombreux bacilles.

---

(1) Schütt. — Inaug. Diss. Kiel. 1889.

Puis vient la forme avec tubercules miliaires, pouvant envahir tout le col, la muqueuse et la musculeuse. Walther en rapporte un cas très intéressant (1).

Observation Première

(Résumée *in* thèse Gorovitz)

Chez une femme de 26 ans, sans aucun antécédent tuberculeux, réglée à 20 ans seulement et ayant accouché normalement, l'auteur constate en même temps que des pertes abondantes muco-sanguinolentes, une érosion faisant le tour de l'orifice du col et saignant facilement, avec intégrité de l'utérus et des annexes.

Il se contenta d'abord de cautérisations au niveau du col, puis comme les hémorragies persistaient, il pratiqua un curettage.

La malade fut observée pendant neuf mois. L'ulcération se cicatrisa, les règles devinrent régulières.

Le point qui offre le plus d'intérêt dans ce cas, c'est l'examen histologique des fragments de muqueuse ramenés par le curettage. Au niveau de la muqueuse cervicale, il fut possible de constater à côté d'îlots d'épithélium pavimenteux une ulcération typique dépourvue de revêtement épithélial et parsemée *de tubercules miliaires caractéristiques*, avec cellules géantes, cellules épithélioïdes et cellules granuleuses, avec par places des amas caséeux. On aurait pu, dans de telles conditions, croire à une tuberculose exclusivement limitée au col.

---

(1) Walther. — Monatschr f. geburtsch. u. gynœk. 1897. Bd. IV

Cependant l'examen histologique de la muqueuse du corps montra, à côté d'une hyperplasie glandulaire accentuée, des cellules géantes et des cellules épithélioïdes dans le tissu interstitiel, mais sans qu'il fût possible de retrouver *des tubercules* aussi caractéristiques que sur les fragments provenant du col.

La forme ulcéreuse, comme dans les cas de Spaeth et de Zweifel, s'observe parfois. Les ulcérations présentent sur le col les caractères généraux des ulcérations tuberculeuses : elles sont parfois entourées de granulations jaunâtres, de grains jaunes caractéristiques.

L'examen du spéculum permet de faire le diagnostic ou tout au moins de soupçonner la nature tuberculeuse de ces lésions et le microscope tranche la question.

Mosler, examinant avec soin, lors d'autopsies, l'appareil génital chez 46 femmes, a pu constater dans 4 cas des ulcérations tuberculeuses du col. Klob, dans un cas, a vu au niveau de la cavité du col une profonde ulcération tuberculeuse. Williams relate deux cas de tuberculose de la portion vaginale du col ; dans ces deux cas il s'agissait d'une ulcération, et l'examen microscopique permit de constater, en même temps que des nodules tuberculeux, la présence des bacilles. La lésion était nettement limitée à la portion vaginale du col et à la partie avoisinante de la muqueuse vaginale, avec intégrité absolue du reste de l'appareil génital. Dans ces deux cas il existait des lésions étendues de tuberculose pulmonaire.

Enfin, nous arrivons à une dernière forme, qui est beaucoup plus importante à connaître pour le chirurgien, à cause des difficultés qu'elle peut présenter dans le diagnostic différentiel. C'est la forme végétante dont les tumeurs bourgeonnantes simulent admirablement le cancer, comme dans les cas de Cornil, de Fraenkel, de Kauffmann, de Giglio, de Vitrac.

d'Emmanuel et le nôtre. Dervaux (1), dans sa thèse, donne une bonne description de cette forme. Le col, dit-il, est hypertrophié, gros, volumineux, très irrégulier, couvert de végétations qui ne sont que des bourgeons charnus, de grosses fongosités ; ces bourgeons peuvent recouvrir une ulcération couverte de mucus, se détergeant sans guère saigner, affectant quelquefois la forme térébrante ; les plis de l'arbre de vie sont hypertrophiés. Au microscope, on observe des lésions bien décrites par Cornil et Vitrac ; les plis de l'arbre de vie, très accusés, présentent des villosités secondaires et séparées par de grandes dépressions où s'ouvrent les glandes du col ; le tissu conjonctif est bourré de petites cellules ; au milieu de ce tissu, déformant les glandes, des nodules tuberculeux avec cellules géantes peu volumineuses ; l'épithélium, en grande partie conservé, est déformé, c'est sous lui que se propage la lésion ; l'invasion du tissu musculaire se fait par continuité ; les éléments se glissent sous les faisceaux et le long des vaisseaux qui sont atteints de périartérite.

C'est un cas semblable de tuberculose du col utérin que nous relatons dans l'observation qui suit.

Observation II

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat
Due à l'obligeance de M. le docteur Martin

M... Louise, jardinière à Quissac (Gard), 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Eloi-Suburbain, salle Desault, n° 26, dans le service de M. le professeur Tédenat, suppléé par M. le professeur agrégé de Rouville, le 23 octobre 1903.

---

(1) Dervaux. — Thèse de Paris, 1902

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires.

Elle a été réglée à 15 ans, mais elle l'est assez irrégulièrement ; elle a eu des périodes d'aménorrhée de 2, 3 et même 9 mois. Ses règles durent trois à quatre jours, sans caillots ni douleurs. Pas de leucorrhée.

Mariée il y a trois ans, elle n'a pas eu de grossesse. Les règles, qui semblaient s'être régularisées au début de son mariage, manquent depuis neuf mois, et elle a eu quelques légères pertes tachant la chemise en jaune.

Pas de maladies antérieures.

Maladie actuelle. — La malade a ressenti depuis quinze jours des douleurs dans le bas-ventre, irradiées dans les membres inférieurs et la région lombaire. A part l'absence des règles et les pertes blanches, datant de neuf mois, la malade a quelquefois remarqué qu'après le coït, le mari se retirait avec un peu de sang sur le pénis.

La malade ne tousse, ni ne crache.

Bon appétit, bonnes digestions. Constipation habituelle, léger amaigrissement.

Examen. — Excellent état général, facies coloré, femme robuste, paraissant en excellent état de santé.

Poumons et cœur normaux.

Appareil génital. — Le palper abdominal profond est douloureux au niveau du détroit supérieur.

Le toucher combiné permet de reconnaître que l'utérus, de volume normal, est fixé par des adhérences (périmétrite). Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une bride, d'adhérence périmétritique très probablement.

Le col est gros, dur, végétant, présente par places au niveau du museau de tanche des végétations polypeuses plus molles, en aucun endroit le tissu néoplasique ne présente la friabilité caractéristique du cancer. Les culs-de-sacs vaginaux sont souples et indemnes de tout processus néoplasique.

Le doigt ramène du sang, mais ne présente pas l'odeur fétide, spéciale au cancer.

Le diagnostic est douteux, et M. le professeur agrégé de Rouville, pour le préciser, enlève quelques morceaux du col, qui sont envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique.

Le 4 novembre 1903, M. le professeur Tédenat, qui a repris le service, écarte, au nom de la clinique, le diagnostic de cancer, pose celui de trachélite ancienne et pratique des cautérisations au formol dans la cavité utérine et à la potasse sur le col.

Le 20 novembre, l'aspect du col s'est beaucoup amélioré ; il y a du tissu de cicatrice souple, les formations polypeuses ont disparu. Le col, saisi par la pince tire-balles, se laisse bien dilater par l'injecteur de Reverdin. Nouvelles cautérisations au formol et à la potasse.

Une note envoyée du laboratoire d'anatomie pathologique nous apprend que les morceaux de tumeur envoyés sont du tissu tuberculeux, dans lesquels on trouve de nombreuses cellules géantes.

Le 1er décembre. — L'aspect du col est excellent. Nouvelle cautérisation à la potasse.

Le 15 décembre. — Le col est rose, avec des points blancs, rouges : on fait une application de permanganate de potasse en poudre.

Le 5 janvier 1904, la malade sort paraissant complètement guérie.

En avril 1905, M. Tédenat revoit la malade, qui est toujours en excellent état de santé. Le col a conservé l'aspect qu'il avait en janvier 1904. La périmétrite paraît avoir légèrement diminué.

Les observations qui suivent ont trait également à des cas de tuberculose végétante du col, que nous avons recueillies

dans les différents travaux qui ont été écrits à ce sujet. Nous en donnons, d'ailleurs, la bibliographie à la fin de cette étude.

Observation III

Publiée par Emmanuel, traduite de l'allemand (1)

Mme H..., 50 ans. Réglée à 14 ans. Jamais d'enfants. Ménopause à 41 ans. Elle se plaignait quelquefois de flueurs ayant la consistance d'empois d'amidon, mais elles ont tout à fait disparu depuis quelque temps. En novembre 1892, elle eut du catarrhe vésical.

Etat actuel (24 avril 1893). — Bon état général. Assez grasse.

Entre l'anus et l'orifice vulvaire, comprenant toute la largeur du périnée, se trouve une place dénuée d'épiderme, d'environ 10 centimètres de large sur 2 centimètres de haut, dont le fond est coloré en rouge et en partie purulent. Les bords de cette plaie sont irréguliers et paraissent déchiquetés. Dans le fond, on découvre, en y regardant de près, de nombreuses petites granulations grises de la grosseur d'une tête d'épingle, à côté desquelles on constate des hémorragies punctiformes.

Défloration douteuse. Par l'examen combiné, on sent le col — lèvre antérieure, comme lèvre postérieure de la portion vaginale — transformé en une tumeur bosselée de la grosseur d'une pomme, qui tient à la fois aux culs-de-sac vaginaux et au vagin lui-même. Les ganglions inguinaux gauches sont enflés.

---

(1) Je remercie mes amis, les docteurs Derrien et Bordères, qui ont bien voulu m'aider dans la traduction de cette observation.

Recherche sous anesthésie le 25 avril 1893. — L'utérus est en antéflexion ; il n'est pas augmenté de volume ; il est mobile. Le col est examiné avec le spéculum de Simon. Les deux lèvres sont fortement hypertrophiées et transformées en tumeur qui présente, à côté d'une ulcération superficielle, de nombreuses petites granulations ayant la forme de petites bulles, et, en outre, quelques petits points hémorragiques. Déjà le vagin est atteint à la partie supérieure et à la partie inférieure. D'après cela, on peut penser à un sarcome du col.

En vue d'un diagnostic plus sûr, on fait une petite excision du col (biopsie) pour l'examen microscopique. L'examen microscopique montre avec certitude qu'il s'agit d'une tuberculose du col et du périnée. Car j'ai non seulement réussi à voir les tubercules typiques, et les cellules géantes, mais encore le bacille de Koch. Après avoir constaté que la malade n'avait pas ailleurs d'autres lésions tuberculeuses, surtout aux poumons (que M. le professeur Gerhardt a eu la bonté d'examiner avec soin), nous pouvions éloigner toute autre pathogénie et penser, d'après le travail de Winter, à une infection locale par l'agent spécifique, qu'on peut traiter au moyen de l'opération de Freund, modifiée par J. Weit.

Winter a eu le mérite de montrer dans son travail qu'une grande part des récidives post-opératoires du cancer doivent être expliquées par l'inoculation de substance cancéreuse dans les tissus sains (récidive par inoculation). D'après lui, sont surtout dangereux à ce point de vue, les cancroïdes du col et les cancers du canal cervical, qui perforent les parois du col, parce que, dans l'hystérectomie totale vaginale, le chirurgien, par ses mains et ses instruments peut infecter les plaies opératoires fraîches du vagin et le tissu périutérin. Si cela est vrai pour le carcinome, à plus forte raison pour la tuberculose qui, elle, est une maladie nettement infectieuse. Winter propose l'emploi du thermocautère dans le carcinome.

mais il ne nous paraît pas pouvoir détruire l'infection, car on ne connaît pas son étendue.

Nous arrivons donc à cette conclusion : après laparotomie, libérer par en haut tout jusqu'au vagin et ensuite extraire l'utérus par en bas.

29 avril 1893. — Opération dans la position de bassin élevé. Après l'ouverture de l'abdomen par la ligne blanche, on lie de chaque côté les annexes et les ligaments larges et on sépare jusqu'au col de la vessie. Puis on incise le péritoine qui enveloppe l'utérus en avant et en arrière, et on libère en avant la vessie jusqu'au vagin à partir du col. Plus loin, vers le bas, les ligaments larges sont liés avec de la soie (il faut surtout lier l'artère utérine pour la couper). On coupe tout, autour de l'utérus jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Après séparation des ligaments recto-utérins, on libère dans le Douglas l'utérus du péritoine jusqu'au vagin et ensuite on ferme complètement la cavité abdominale. On place alors la patiente dans la position gynécologique, et on incise le vagin circulairement, environ deux centimètres en avant de la région malade. On libère dans le tissu cellulaire périvaginal le septum recto-vaginal et la vessie, et on pousse jusqu'à la base des ligaments larges. A ce temps de l'opération, il se fait habituellement une hémorragie assez forte. Par un mouvement combiné, on pousse l'utérus par en haut et on tire par en bas. Les moignons des ligaments larges et ceux des trompes sont cousus de chaque côté à la plaie opératoire. Alors à la partie supérieure du vagin, suinte encore un peu de sang. On tamponne le vagin fortement après avoir introduit une mèche de gaze stérile dans la cavité péritonéale. Par là-dessus on fait une incision de 10 centimètres à gauche pour extirper les ganglions et on fait un surjet au catgut.

29 avril 1893, soir. — La patiente ne survécut pas à l'opé-

ration et elle mourut le soir même encore sous le shock opératoire.

L'autopsie, faite par le docteur Bohnstedt le 30 avril 1893, à 10 heures, donne les résultats suivants :

Femme moyenne, ossature puissante ; musculature bien développée ; tissu adipeux très riche.

A l'ouverture de l'abdomen, plaie opératoire de la ligne blanche, depuis l'ombilic, jusqu'à la symphyse. Plaie opératoire fermée de la région inguinale gauche................

. . . .

Cause de la mort : dégénérescence graisseuse aiguë du cœur.

Autopsie conduisant au diagnostic anatomique suivant : « Tuberculose miliaire du rein, du foie et du péritoine ; des ganglions mésentériques ».

L'examen microscopique du muscle cardiaque montre encore par endroits des fibres striées et par places leur envahissement progressif par les globules graisseux, et en d'autres endroits occupant tout le muscle.

Observation IV

(Publiée par le Dr Junior Vitrac, de Bordeaux. — Résumée par Castany)

Jeanne P.... entre le 23 janvier 1897 dans le service de M. le professeur Lannelongue, salle 8, lit 26 ; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et de pertes blanches, qui, dit-elle, la fatiguent beaucoup.

Antécédents héréditaires. — Tuberculose pulmonaire chez son père, mort à 49 ans ; un frère de 24 ans probablement tuberculeux, de constitution faible, a eu des hémoptysies.

L'histoire pathologique de notre malade remonte en réalité à l'âge de 7 ans. A cette époque, elle a subi un *traumatisme* assez singulier et important en l'espèce ; jouant devant sa maison, elle est tombée maladroitement sur l'extrémité d'un racloir en fer ; la pointe recourbée a pénétré dans les organes génitaux, l'enfant étant tombée les jambes écartées. A ce moment, y a-t-il eu simplement plaie de la vulve et du vagin, ou plaie du col utérin. On ne saurait le dire, mais il est certain que, pendant deux jours, une hémorrhagie persista, qui fut assez abondante pour nécessiter un tamponnement que pratiqua à Libourne le docteur E. Vitrac.

Depuis cette époque, Jeanne P... conserva toujours une certaine sensibilité dans le bas-ventre, sensation d'endolorissement mal localisée. Mais, à l'âge de 12 ans, les douleurs anciennes se transforment ; ce sont des douleurs qui accompagnent les mictions, et qui doivent être rapportées à l'existence d'une cystite, car il y eut, entre autres symptômes, de la pollakiurie, de l'hématurie et du ténesme vésical. Il en fut ainsi pendant près de deux ans ; les urines n'avaient jamais contenu de dépôt sédimenteux ou purulent.

Quelle a été l'origine et la nature de cette cystite ? Avait-elle quelque relation avec le traumatisme vaginal antérieurement subi ? Autant de questions douteuses. Toujours est-il que, peu à peu, et sans aucun traitement, elle disparut, tandis que de nouveaux phénomènes apparaissent.

A 14 ans, Jeanne P... se plaignit de ressentir dans le bas-ventre, des coliques violentes, irradiées dans le haut des cuisses, avec sensation de pesanteur, etc... On crut à la venue des règles, mais il n'en fut rien. Par contre, la malade eût à ce moment des pertes séro-purulentes épaisses et fétides, sans rougeur de la vulve ni signes de blennorragie. Ces pertes et ces douleurs n'ont pas cédé depuis : elles présentent des intervalles d'atténuation et d'exacerbation.

Quant à la menstruation, elle n'existe pas à proprement parler, car Jeanne P... n'a été réglée que trois fois et d'une façon insignifiante : à 18 ans et demi, à 20 ans et demi, et enfin le 26 octobre dernier (1896) : alors, comme précédemment, les règles ont été très pâles, ne durant que quelques heures mais pour la première fois, elles ont été douloureuses.

Ajoutons que depuis 15 mois, elle a des rapports sexuels avec un jeune homme de robuste constitution qui, renseignement pris, est indemne de tout écoulement uréthral.

Depuis l'âge de 15 ans, la malade a eu de fréquentes hémoptysies, dont l'une tout récemment encore ; à 18 ans, elle a été soignée pendant 14 mois pour une broncho-pneumonie et une pleurésie.

De l'histoire assez complexe de Jeanne P... nous ne retiendrons que le traumatisme vulvo-vaginal de son enfance, et l'état douloureux qui s'ensuivit : puis, dans une seconde période, la succession des troubles urinaires et génitaux précédant de longtemps les premiers rapports sexuels : enfin, l'incertitude de la menstruation et le passé pulmonaire assez caractéristique.

La persistance des douleurs et des pertes, un amaigrissement progressif joint au retour des troubles urinaires amenèrent la malade à se faire admettre à l'hôpital Saint-André. Après un premier séjour d'une semaine, elle y rentra de nouveau le 28 janvier 1897, salle 8, lit 26, dans le service de M. le professeur Lannelongue.

Femme de petite taille, bien conformée, ayant conservé un certain embonpoint.

A l'examen on ne trouvait aucune tuméfaction dans le bas-ventre : au-dessus du pubis, la palpation était un peu douloureuse, réveillant l'envie d'uriner : à gauche, dans la fosse iliaque, on sentait une certaine résistance avec quelque sensibilité.

Le toucher vaginal permit de constater que le col utérin était le siège d'une lésion bien localisée ; en effet, les parties vulvaires n'avaient subi aucune modification, non plus que la muqueuse vaginale, où le doigt ne pouvait percevoir aucune saillie granuleuse. Au fond du vagin, au contraire, le doigt rencontrait une masse végétante, du volume d'une noix, qui semblait tout d'abord avoir envahi tout le museau de tanche. Mais, en réalité, la lèvre antérieure était dans toute son étendue (endocervicale et vaginale), absolument saine, et la lèvre postérieure faisait tous les frais de la transformation constatée. A sa place, en effet, on retrouvait une surface bourgeonnante qui s'étendait d'une commissure à l'autre, en empiétant davantage sur la commissure gauche.

Parmi ces élevures, la plupart semblaient ne pas dépasser le volume d'un grain de chanvre, tandis que d'autres formaient en s'élevant au-dessus de leur niveau une saillie plus considérable.

L'une d'elles devait avoir le volume d'un haricot, et, tout autour, un sillon assez profond la séparait des surfaces voisines, tandis qu'entre celles-ci n'existaient que de très légères fissures à peine perceptibles. La saillie de ces masses bourgeonnantes ne pénétrait pas dans le canal cervical plus haut que sa partie orificielle, tandis que vers le cul-de-sac vaginal elle n'allait pas au-delà de la lèvre elle-même.

La consistance de la tumeur dans l'ensemble était élastique, souple, donnant au doigt explorateur la sensation d'une surface mûriforme et veloutée ; les saillies les plus volumineuses elles-mêmes n'étaient point différentes, et profondément on ne retrouvait point cette sensation de dureté ligneuse qui envahit les tissus des épithéliomas, et ceux mêmes sur lesquels ils sont développés.

L'utérus était petit et mobile, mais difficile à explorer.

Les culs-de-sac étaient un peu douloureux à la pression ;

pas de tuméfaction à droite ; mais, à gauche, on sentait une masse du volume d'un poing d'enfant, fluctuante, peu douloureuse et peu mobile, qui fit penser à un kyste de l'ovaire ou à une collection froide de la trompe. Vraisemblablement, à en juger par la souplesse des fosses iliaques, le petit bassin devait être indemne de toute lésion péritonéale.

La vessie, explorée au-dessus du pubis ou par le vagin, était sensible à la pression, mais d'une façon irrégulière. Le trajet de l'uretère gauche était également douloureux, ainsi que le rein correspondant, lui-même un peu augmenté de volume. La quantité des urines émises par 24 heures était au-dessous de la normale : environ 700 grammes. Elles ne contenaient ni sucre, ni albumine, ni dépôt.

Appareil respiratoire : inspiration rude, expiration prolongée : affaiblissement de la sonorité (surtout à gauche) et du murmure vésiculaire. Pas de râles. Rien aux bases pleurales.

Pas d'adénopathie ganglionnaire ; pas de fièvre.

L'examen au spéculum permit de constater que la muqueuse vaginale n'avait subi aucune modification et que les lésions reconnues par le toucher étaient bien localisées à la lèvre postérieure du col. La coloration rouge des végétations, leur souplesse, la liberté de la muqueuse cervicale dans les points non envahis et très près des parties malades, étaient encore autant de signes qui ne pouvaient appartenir à l'épithélioma.

Par l'hystérométrie, la cavité utérine fut reconnue libre, ne contenant pas de débris, mais elle laissait écouler un liquide épais et filant, dont l'inoculation et l'examen restèrent négatifs au point de vue bactériologique. La sécrétion de ce liquide était plus abondante encore au niveau du col. L'utérus était mobile et abaissable.

Un fragment pris sur les végétations du col fut examiné et

sa nature tuberculeuse reconnue, ce qui permit d'affirmer le diagnostic supposé de tuberculose du col.

Quelle était la conduite à tenir en face de cette affection ? Fallait-il, se bornant à un traitement palliatif essayer d'amener la diminution des douleurs et surtout des pertes abondantes qui incommodaient si fort la malade ? ou bien était-il préférable de supprimer en totalité l'utérus, foyer tuberculeux, en essayant ainsi de la débarrasser d'un symptôme gênant et d'un voisinage dangereux ?

Evidemment, Jeanne P..., de souche tuberculeuse, était elle-même en puissance de lésions bacillaires pulmonaires, et, sans doute aussi, de lésions vésico-rénales. Mais de ce côté comme de l'autre, la marche de l'affection était singulièrement torpide, puisque, avec des hémoptysies vieilles de dix ans, les fonctions respiratoires étaient à peine modifiées, et que la cystite, très ancienne elle aussi, était depuis plusieurs années à peu près silencieuse. Seules, les douleurs du bas-ventre et les pertes avaient attiré l'attention de la malade qui était, à leur sujet, venue réclamer une intervention. Dans ces conditions, l'affection utérine devenait prédominante, et nulle contre-indication n'existant à un traitement radical, l'hystérectomie vaginale fut décidée.

Une amputation du col, du reste, n'eût pas été possible, en raison de l'étendue des lésions jusqu'aux confins du cul-de-sac vaginal. De plus, l'hystérectomie avait l'avantage de permettre l'extirpation de la tumeur ovarique gauche, ainsi que de supprimer plus largement le foyer tuberculeux.

Opération le 11 février 1897. Notre maître, M. le professeur Lannelongue, fit autour du col une incision qui, en arrière, allait jusqu'au cul-de-sac vaginal, de manière à enlever un lambeau de la muqueuse vaginale. Puis l'utérus abaissé et les culs-de-sac péritonéaux ouverts, on s'aperçut que le mouvement de descente était bridé par l'existence, du côté gauche,

d'un kyste ovarique gros comme une orange. La ponction de ce kyste et son évacuation permirent alors de terminer plus facilement l'opération. Des deux côtés, les annexes étaient saines, et sur les surfaces péritonéales il ne paraissait exister aucune granulation tuberculeuse.

Drainage et tamponnement à la gaze iodoformée. La cicatrisation marcha très lentement, bien qu'aucune infection ne fût survenue. Deux mois après l'opération, il restait au fond du vagin une saillie rouge, mollasse, bourgeonnante, grosse comme un haricot. Au reste la santé générale restait toujours satisfaisante.

Depuis, nous avons pu revoir Jeanne P... à plusieurs reprises ; car elle est de nouveau entrée à l'hôpital Saint-André, salle 21, service de M. le professeur Arnozan. La tuberculose a fait des progrès très notables : fièvre, nouvelles hémoptysies. Les urines sont toujours peu abondantes, albumineuses, sans pus. Ténesme vésical : les douleurs lombaires ont réapparu. Enfin certains symptômes nouveaux étaient survenus qui, joints à une pigmentation brune, anormalement développée sur la face, avaient paru rappeler, d'après notre maître M. le professeur Arnozan, le syndrome habituel de la « maladie bronzée d'Addison ».

Du côté du bas-ventre, Jeanne P... souffrait toujours ; elle avait encore quelques pertes. Le toucher vaginal était douloureux et provoquait l'écoulement d'un peu de sang. Le bourgeon cicatriciel, qui existait encore au fond du vagin quand la malade avait quitté notre service, persistait toujours presque aussi volumineux. Nous en avons réséqué un fragment : c'était du tissu que l'inoculation et les coupes ont démontré être tuberculeux. Mais dans son épaisseur existait un fil de soie qui ne devait pas être étranger à l'absence de cicatrisation : en effet, après ablation de ce fil, les pertes ont dis-

paru, et la petite plaie vaginale s'est presque complètement fermée.

Examen macroscopique. — L'utérus est petit, mesurant 5 centimètres de haut sur 3 de large environ. La coupe montre un muscle pâle, dur sous le rasoir. Les lésions portent seulement sur le col. Celui-ci, entouré de sa collerette vaginale, présente à son orifice un bouchon rougeâtre irrégulier, au milieu duquel on distingue une végétation principale de la grosseur d'un haricot. Autour d'elle une couronne de végétations plus petites, de même coloration rouge violacé, et, dans leurs intervalles, de petits sillons qui renferment un liquide séro-sanguinolent épais. Très nettement la lèvre antérieure et la commissure droite sont indépendantes, tandis que la base de celle-ci se confond avec la lèvre cervicale postérieure. En ce point se trouvent des végétations tantôt pédiculées, tantôt étalées de la grosseur d'un grain de millet, plus nombreuses à mesure qu'on se rapproche du cul-de-sac vaginal. En avant, la muqueuse est dépolie par de petites ulcérations ne présentant ni le fond grisâtre, ni l'aspect caséeux rappelant la tuberculose. Il existe dans le vagin quelques autres ulcérations superficielles produites certainement par les examens répétés et l'action des antiseptiques.

Si l'on examine plus en détail la tumeur, on voit qu'elle a la forme d'un croissant à concavité ouverte en avant : dans la concavité existe une saillie déjà signalée, plus volumineuse que celles qui l'entourent : elle en est séparée par un sillon demi-circulaire profond de près d'un centimètre, tandis qu'en avant elle est en rapport avec le canal cervical. Le reste de la tumeur, celle qui forme la partie convexe du croissant, est constitué par un amas de petites végétations qui rappellent les « crêtes de coq » de la verge, ou mieux certaines formes papillomateuses du lupus des muqueuses. Elles sont un peu élevées, très confluantes, et au fond des rhagades qui

les séparent, on devine un tissu identique à celui qui constitue les saillies elles-mêmes. La surface de celles-ci est luisante, comme veloutée au doigt, saignant facilement par pression.

La consistance de toute la tumeur est mollasse en surface, plus dure profondément, sans que la résistance offerte au doigt soit aussi prononcée que celle des épithéliomas : pour le gros bourgeon qui déborde le reste des végétations, même impression de souplesse superficielle et d'élasticité en profondeur.

La coloration du col qui supporte la tumeur est pâle : de fins réseaux vasculaires se dessinent sous la muqueuse. La base des végétations se perd insensiblement sur le relief de la lèvre postérieure, exception faite pour celles, très rares, qui se détachent si brusquement qu'elles semblent pédiculées. La consistance du col autour des petites tumeurs est absolument normale.

Examen microscopique. — Les coupes ont porté :

Sur toute la lèvre postérieure du col, dans le sens antéro-postérieur et vertical, au niveau de la *végétation* qui était la plus volumineuse.

Sur un autre point de la même levre cervicale, dans le même sens et en prenant une longue bande de muqueuse utérine.

Sur une partie végétante, mais dans un plan horizontal.

Colorations : simple, avec le carmin boraté ; double, avec la thionine aqueuse picriquée.

Ces coupes, en passant par la plus saillante des végétations, permettent admirablement de saisir la distribution des tubercules, et le mode de formation des parties végétantes. Avec un faible grossissement, on voit que la végétation se présente sous la forme d'un renflement qui déborde le contour normal du col : sa base se confond d'un côté avec les limites mêmes de la coupe qui allait jusqu'au cul-de-sac vagi-

nal, et de l'autre avec l'origine de la muqueuse endocervicale. Car c'est au contraire l'épithélium pavimenteux stratifié de la portion vaginale du col qui recouvre la *végétation* ; il lui constitue un revêtement à surface lisse, régulière, qui tranche singulièrement avec le dessin irrégulier de la muqueuse endocervicale. Celle-ci est, en effet, coupée de sillons, de fissures longues et étroites, auxquels se joignent aussi les premières plicatures de l'arbre de vie.

Au-dessous de l'épithélium stratifié qui semble avoir conservé une épaisseur normale, de toutes petites cellules, les cellules plus volumineuses du chorion et çà et là quelques nappes hémorragiques constituent une zone après laquelle on rencontre des follicules tuberculeux avec leurs cellules géantes.

La recherche du bacille a été positive et l'inoculation au cobaye a été suivie de tuberculose expérimentale.

Observation V

(Publiée par Frank. — Résumée *in* thèse de Gorovitz)

Chez une femme de 21 ans atteinte de tuberculose osseuse dans l'enfance, mal réglée et ayant présenté, bien avant l'établissement des règles et en même temps que la lésion osseuse, un écoulement jaunâtre par le vagin, l'auteur constate l'intégrité de l'hymen, et au moyen du toucher arrive sur une tumeur irrégulière et dure, formée par le col. Celui-ci a la forme d'un champignon avec une couronne de petits bourgeons facilement détachables et entourant l'orifice cervical.

L'examen histologique d'un fragment décèle la nature tuberculeuse de la lésion.

Aussi pratique-t-on l'extirpation de la tumeur ; après cu-

rettage des parties molles, l'amputation du col est pratiquée largement après ouverture du péritoine. On peut ainsi, au cours de l'opération, examiner les annexes qui sont saines.

La malade guérit.

Dans les sécrétions de l'utérus, on ne put trouver de bacilles de Koch.

Dans ce cas, l'infection secondaire par voie sanguine doit être rejetée, puisque le péritoine et les trompes étaient indemnes. Peut-être est-il possible d'admettre une contamination de la vulve et ensuite du vagin par les bacilles amenés par le linge, le vêtement. Ce serait un exemple de ces infections que Pozzi a appelées *infections primitives secondaires*.

Observation VI

(Publiée par Hofbauer. — Résumée *in* thèse de Gorovitz)

Femme de 57 ans, sans antécédents tuberculeux, réglée à 16 ans, toujours régulièrement, et ayant subi la ménopause depuis trois ans. Neuf accouchements normaux.

Depuis un an, pertes blanc-jaunâtres, parfois sanguinolentes, non fétides, sans douleurs dans le bas-ventre, avec perte de l'appétit et amaigrissement.

A l'examen, rien aux poumons, ni au cœur.

Au toucher, on sent au niveau de l'orifice du col, une tumeur molle, saignant facilement, avec envahissement du vagin. Rien aux annexes.

On porte le diagnostic de néoplasme du col.

Hystérectomie le 6 juillet 1898.

Suites opératoires normales.

A l'ouverture de l'utérus, il s'écoule une certaine quantité de liquide jaune rougeâtre. Surface utérine irrégulière, on aperçoit des tubercules miliaires sur la muqueuse.

Microscopiquement on constate une infiltration tuberculeuse. Par places, on remarque des cellules géantes.

Mêmes lésions au niveau du col.

Observation VII

(Publiée par Thiercelin)

Femme de 24 ans, entrée dans le service de M. le professeur Cornil, le 12 février 1889.

Pas d'antécédents tuberculeux.

Réglée à 13 ans ; bien portante jusqu'au mois d'octobre 1888, où elle fit une fausse couche de quatre mois ; à ce moment, métrorrhagie abondante avec fièvre, douleur dans le bas-ventre ; puis légère amélioration, mais quinze jours après la sortie de la Maternité, elle fut prise de vomissements incessants, douleurs dans le bas-ventre, amaigrissement, faiblesse extrême ; aussi elle entre à l'hôpital.

Examen. — Ventre un peu augmenté de volume, douloureux à la palpation ; empâtement remplissant en partie la fosse iliaque droite. Leucorrhée abondante. Pas de règles depuis la fausse couche. La malade ne tousse pas et l'examen des poumons est négatif.

Plus tard la malade est prise de toux ; tuberculose à marche rapide, dont elle meurt au mois d'avril.

Autopsie. — Lésions de tuberculose pleurale et pulmonaire, ainsi que sur le diaphragme et le péritoine, et surtout sur l'épiploon. Les organes du petit bassin sont agglutinés et il est impossible de les isoler sur le cadavre. En levant en masse les organes du petit bassin, M. Cornil isola et reconnut les lésions suivantes : la trompe gauche formait une masse arrondie, coiffant le fond de l'utérus, auquel elle adhérait intimé-

ment. Très dilatée, elle contenait du pus épais et caséeux. Mêmes lésions au niveau de la trompe droite. Toute la surface interne de l'utérus est recouverte de bourgeons irréguliers, surtout developpés en un *point de la paroi utérine qui devait être le lieu d'insertion du placenta* ; sur les bourgeons, on remarqua les granulations très nombreuses et des masses caséeuses opaques et saillantes.

De semblables *bourgeons* recouvrent la portion utérine du *col*. Ulcération au niveau de la portion vaginale du col et au niveau du vagin.

L'examen histologique des coupes du corps et du col de l'utérus fait par M. Cornil a montré qu'il y avait un *bourgeonnement* assez considérable du tissu *conjonctif* du corps et du *col de l'utérus*.

CHAPITRE II

§ 1er — Symptômes

Les symptômes fonctionnels n'ont souvent rien de bien caractéristique. Schrœder (1) et de nombreux auteurs après lui ont accordé une importance très grande à l'aménorrhée qu'ils considèrent comme un excellent symptôme.

Il y a là beaucoup d'exagération, car nombreuses sont les femmes non suspectes de tuberculose génitale et qui, cependant, ont présenté fréquemment ce trouble de la menstruation. Chez notre malade (observation II) d'ailleurs, les irrégularités menstruelles remontent à l'établissement des règles et fixer le début de la tuberculose à cette époque reculée. serait accorder à cette affection une évolution bien lente.

On peut invoquer, encore, une autre cause de ces troubles menstruels, c'est le développement défectueux ou mieux l'hypoplasie génitale. Dans le cas particulier, l'absence de grossesse concorderait assez avec cette hypothèse ; mais l'examen ne répond pas à cette manière de voir, car l'utérus présente un développement normal. Il faut ajouter que cette opi-

---

(1) Schrœder. — Lehrbuch d. Frauenkrankenheiten. 1886.

nion d'Hégar (1), qui a voulu voir dans ce défaut de développement une circonstance étiologique très favorable à l'évolution de la tuberculose, est aujourd'hui rejetée par la plupart des auteurs.

Cependant, un symptôme paraît avoir plus d'importance : l'écoulement leucorrhéique, en effet, n'est pas en rapport avec des lésions aussi avancées du col, car il a été en somme peu considérable. — Il y a là, dit le docteur Martin, un fait de nature à éveiller l'attention du clinicien ; nous l'avons retrouvé dans quelques observations, et de même qu'il a été impossible de retrouver une cause étiologique pouvant expliquer une infection banale, de même l'évolution n'est pas tout à fait celle habituelle à la métrite, et il nous semble que cela peut sinon entraîner la conviction, du moins éveiller les soupçons du clinicien sur la nature de cette métrite « qui n'a pas fait sa preuve. »

Néanmoins, les symptômes fonctionnels ne présentent pas un tableau clinique bien net : douleurs souvent minimes, irrégularité des menstrues, écoulement leucorrhéique se retrouvent au cours de la tuberculose génitale comme dans la métrite ou le cancer. Des variations souvent difficiles à apprécier peuvent nous donner quelques indications, mais l'interrogatoire est insuffisant pour établir le diagnostic.

§ II. — Diagnostic

Des analogies fréquentes existent entre certaines formes de métrite du col, les cancers végétants et les cas de la nature de ceux que nous rapportons.

---

(1) Hégar. — Die genitaltuberkulose. d. W. 1886.

On est tellement habitué à considérer à tort la tuberculose comme une rareté que, quand il s'agit de faire le diagnostic de pareilles lésions, l'esprit se porte tout naturellement vers la métrite ou le cancer.

La métrite banale saigne moins que le cancer et présente aussi une induration moindre. Les bourgeons durs que l'on trouve dans l'épithélioma contrastent étrangement avec les végétations polypeuses, mollasses de la tuberculose. Enfin, un signe permet cliniquement de reconnaître ou d'éliminer le cancer : Laroyenne l'a indiqué, et notre maître, M. le professeur Tédenat insiste beaucoup sur sa valeur.

En effet, le tissu cancéreux est dur, mais très friable ; lorsqu'on presse dessus, il se déchire facilement : il cède et l'ongle le pénètre sans peine. Il n'en est rien pour le tissu tuberculeux.

Ce signe qui, dans notre observation, manque absolument, peut être mis en évidence dans beaucoup de cas et offre un intérêt primordial pour le praticien.

Malgré toutes ces considérations, il n'y a guère que l'examen histologique qui puisse permettre de faire un diagnostic certain et irrécusable. En effet, le microscope différencie nettement le cancer de la tuberculose. Le cancer est, en général, facile à distinguer bien que, d'après Alterthum (1), on puisse parfois rencontrer des cellules géantes simulant des globes épidermiques.

Quant à la tuberculose, le seul signe indiscutable est la présence du bacille de Koch, qui, à cause de sa rareté, n'est pas toujours facilement apparent. Dans la tuberculose végétante en particulier, qui, d'après Vitrac, paraît fonction d'une infection atténuée, les auteurs en ont rencontré un très petit

(1) Alterthum. — Hégar's Bert : Geb. u. gyn. Bd. I.

nombre, et exiger sa présence (Dr J. Martin) pour affirmer le diagnostic serait se condamner à le faire bien rarement. La présence de cellules géantes (Cornil) ou même de nodules d'infiltration embryonnaire périvasculaire (Petit) (1) donne, selon la plupart des auteurs, une garantie suffisante dans la pratique.

Le cobaye, qui est un réactif de la tuberculose d'une très grande sensibilité, peut servir au diagnostic des cas douteux. En inoculant cet animal, on est vite fixé sur la présence du bacille de Koch, car, d'après les expériences de Wyssokowitsch, il est prouvé que l'injection de huit bacilles seulement est suffisante pour donner un résultat positif.

On peut dire en résumé que le microscope est seul infaillible dans ce genre de diagnostic, et on ne saurait trop engager le clinicien à recourir toujours et d'une façon systématique à ce mode d'examen.

§ III. Pronostic

Le pronostic de la tuberculose génitale, dit le professeur Martin, est, autant du moins que permettent d'en juger les observations cliniques connues jusqu'à ce jour, très sérieux, mais non absolument fatal. Il dépend avant tout de l'existence et de l'étendue des lésions tuberculeuses en d'autres régions de l'organisme. L'état de la malade et la possibilité de son relèvement par une thérapeutique appropriée sont également d'un grand poids dans l'établissement du pronostic de la tuberculose génitale. Ces éléments doivent, en effet, toujours

---

(1) P. Petit. — Arch. d'obs. et gyn. 1890.

entrer en ligne de compte lorsque, en présence d'une affection locale, il s'agit de déterminer les indications d'une thérapeutique locale et, éventuellement, d'une éradication totale du foyer morbide.

La tuberculose nettement localisée aux seuls organes génitaux est d'un pronostic relativement favorable tant qu'il est possible de pratiquer l'extirpation complète. C'est à Hégar et à Wiedow qu'on doit les premières observations d'opérations suivies de guérisons définitives ; la possibilité de cette guérison a été prouvée depuis par nombre d'autres chirurgiens et en particulier par les résultats obtenus à la clinique du professeur Martin. En général, cependant, il ne faut parler qu'avec prudence de guérison définitive, car nous ne sommes pas encore aujourd'hui en état de pouvoir établir la certitude de cette guérison dans les foyers en apparence éteints ou supprimés.

Le professeur Veit, de son côté, établit que le pronostic de la tuberculose génitale est grave, car le plus souvent, dit-il, elle n'est reconnue que lorsque la malade est déjà perdue : cependant pour apprécier à sa juste valeur le traitement de cette affection, il importe de savoir que, même non traitée, celle-ci est susceptible de guérison. Plus tôt on saura diagnostiquer la maladie, plus souvent on sera à même de constater de ces guérisons spontanées. Hégar a même cité des exemples de guérison dans des cas où pourtant le pronostic avait été envisagé comme fatal.

Il résulte de tout ce qui précède que l'on peut considérer, en effet, le pronostic de la tuberculose génitale comme sérieux mais non absolument fatal. Il est de cette localisation comme de toutes les autres que l'on rencontre dans l'organisme : on voit bien souvent une tuberculose avérée rétrocéder et, par un processus plus ou moins lent de sclérose, arriver, souvent même sans grands frais de traitement, à une guérison sinon

définitive, du moins très durable. Là intervient, d'une façon indubitable, la question de terrain favorable ou défavorable. Mais même en dehors de cette considération, dans le cas de tuberculose génitale et en particulier dans le cas de tuberculose limitée au col utérin, qui nous intéresse surtout ici, il faut reconnaître que le pronostic dépendra du diagnostic précoce et du traitement qui a donné très souvent d'excellents résultats.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Nous avons à notre disposition deux genres de traitement que nous pouvons employer simultanément ou séparément : nous nommons le traitement médical et le traitement chirurgical.

Disons tout d'abord que le premier, c'est-à-dire le traitement médical, doit toujours être employé, même lorsqu'on intervient chirurgicalement, car il est un adjuvant puissant des résultats opératoires et agit merveilleusement dans les suites.

La réciproque n'est pas vraie et l'on peut parfois, dans certains cas, se dispenser d'interventions en soignant d'une façon sévère et intensive l'état général.

Il y a quelques années encore (Dr J. Martin), on était absolument intransigeant : la tuberculose était assimilable au cancer, il fallait débarrasser l'organisme d'un foyer localisé qui pouvait l'infecter tout entier, et la moindre lésion tuberculeuse au niveau du col utérin indiquait formellement l'hystérectomie (Pozzi, *Gynéc.*). Il fallait débarrasser l'organisme d'un foyer génital comme d'un foyer articulaire ou ganglionnaire.

Cette opinion n'a plus cours actuellement, ou du moins on en est bien revenu.

On ne serait, en effet, guère gène pour citer des cas de tuberculoses localisées sinon complètement guéries, du moins merveilleusement améliorées par le traitement général ; ces cas ne se comptent plus, ils sont légion et s'observent journellement. La cure d'air, la suralimentation, en un mot le traitement hygiénique ainsi que les médicaments antidéperditeurs et stimulants de la nutrition, cacodylates, formiates, pour ne citer que les plus récents, et tant d'autres sont employés régulièrement et donnent des résultats inespérés.

Le mémoire d'Hégar (1), les rapports de Martin, Veit, au Congrès de Rome en 1902 ne laissent aucun doute sur la possibilité de guérison des lésions tuberculeuses de l'appareil génital par le traitement médical.

En ce qui concerne le traitement chirurgical, nous observerons une division qui s'impose, et nous envisagerons d'abord le traitement opératoire pour passer immédiatement après au traitement non opératoire.

L'opération radicale ou hystérectomie se justifierait, d'après le docteur Martin, dans les cas où la tuberculose est primitive s'il était démontré qu'un utérus tuberculeux guéri est un organe inutile dans lequel la conception est impossible. Mais, dans la plupart des cas, comme nous l'avons d'ailleurs dit, il est impossible d'établir cliniquement le mode de contamination. Quant à la possibilité de conception ultérieure, la littérature est muette à cet égard. La plupart des cas n'ont pas été suivis assez longtemps pour que l'on puisse conclure.

Un fait observé par notre maître M. le professeur Tédenat nous permet d'affirmer la possibilité de grossesse dans un utérus ayant présenté des lésions tuberculeuses du col. Il s'agit d'une femme dont la lésion était nettement primitive,

---

(1) Hégar.— D. med. Woch. 1897, n° 45.

puisqu'elle correspondait parfaitement à une ulcération du gland chez un tuberculeux avéré. L'ulcération, traitée par des cautérisations, guérit parfaitement, et quelque temps après la femme était enceinte. Elle accoucha à terme.

Ce fait nous montre d'une façon incontestable que la tuberculose du col peut guérir, que la grossesse est possible dans des utérus qui ont présenté des lésions tuberculeuses. Il indique surtout la conservation d'une façon formelle dans les cas où la lésion est nettement limitée au col.

Faure (Congrès de Rome, 1902) admet cette exception à l'intervention radicale : Si l'on a des raisons, dit-il, de penser que la lésion est localisée au col, s'il n'y a aucune trace de tuberculose utérine, si les annexes sont parfaitement saines, il me paraît évident que l'on devra se contenter de l'opération la plus simple et la plus bénigne.

Nous croyons que l'on doit étendre ces indications même aux cas où il y a des lésions légères de l'utérus et des annexes. et réserver l'opération radicale pour les cas où l'étendue et la profondeur des lésions font perdre tout espoir de guérison spontanée. (J. Martin.)

Si la tuberculose est localisée ou prédominante sur le col utérin, une intervention locale peut donner de bons résultats. C'est l'amputation haute du col d'après le procédé de Franck (*l. c.*).

Que penser du curettage ?

On l'a accusé de généralisation et de réveil de l'infection tubo-ovarienne. Il y a eu peut-être un peu d'exagération. mais il n'en est pas moins vrai que ces risques existent.

Nous en avons fini avec les interventions sanglantes et nous allons jeter un rapide coup d'œil sur le traitement non opératoire.

En dehors du repos au lit. de lavements pour éviter la constipation, d'injections vaginales chaudes. précautions qui sont

recommandées dans toutes les métrites, on peut encore faire des pansements utérins avec un tampon imbibé d'iodoforme ou d'ichtyol.

Les cautérisations au thermocautère préconisées vivement par Faure sont très souvent préférées au curettage dont elles n'ont pas les inconvénients. On cautérise encore avec du formol au tiers, de la glycérine créosotée au cinquième, avec le liquide de Battey, avec du chlorure de zinc, avec le caustique de Filhos, qui, dans notre observation, nous a donné un brillant résultat, ou plus simplement avec des pastilles de potasse.

En terminant, disons que l'on ne doit pas oublier, dans les cautérisations du col, le traitement intra-utérin, qui consistera en lavages et dilatations, en cautérisations à la teinture d'iode et au formol.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose du col existe et peut être limitée au col seul.

2° Les signes en sont peu nets et le diagnostic difficile dans la plupart des cas. L'examen microscopique est nécessaire pour la différencier de la métrite et du cancer.

3° La guérison est possible par les moyens médicaux. Lorsque les lésions sont localisées ou prédominantes sur le col, des interventions locales donnent de bons résultats. L'hystérectomie ne se justifie que dans les cas de lésions très avancées sans aucun espoir de guérison par le traitement médical et même par l'amputation du col.

BIBLIOGRAPHIE

AGUET. — Thèse de Paris, 1884.

ALTERTHUM. — Tuberculose d. Tüben u. d. Beckenbauchfells. Beitr. z Geburtsh. Bd. I.

AMANN (J.-A)., de Munich. — Rapport au 4e Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique de 1902. Revue de gynécologie, 1902, t. VI.

ARTHUR (H.-N.-LEWERS). — The jour of obstetric and Gynœk. of the British Empire, juin 1902

AUBEAU. — Gazette des hôpitaux. Paris, 1893.

BRAYE. — Tuberculose de l'utérus. Thèse de Paris, 1902.

BROUARDEL (P.). — Thèse de Paris, 1865.

COHNHEIM. — La tuberculose au point de vue de la théorie infectieuse.

CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites (cas de Péan), 1889.

CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique, t. IV.

CULLON. — John Hopkins Hospital Reports, 1895, 7-8.

CURT JANI. — Virchow's Archiv für pathologische Anatomie, 1886.

DAURIOS. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme. Thèse nº 120. Paris, 1889.

DERVAUX. — Tuberculose génitale de la femme et de ses complications péritonéales. Thèse Paris, 1902.

DERVILLE. — Thèse de Paris, 1885.

DRIESSEN. — Central für Gynœk., 1898, nº 31.

EDEBOHL. — Cité in Senn.

EMMANUEL. — Zeit für Geburt. Bd. 29.

Faure (J.-L.), de Paris. — Rapport au 4e Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique de 1902. Revue de gynécologie, 1902, t. VI.
Foa. — Académie de médecine de Turin, 1892.
Frank. — Monat fur Geburt und Gynœk, 1899. Bd. 10.
Fraenkel. — Jahrbücher des Hamburger Staatskrankenaustalten, 1893.
Frerichs. — Beiträge zur Lehre von der Tuberculose, 1882.
Giglio. — Cité in Gorovitz.
Gorovitz (Mlle Marie). — De la tuberculose génitale chez la femme. Thèse de Paris, 1900.
Guillemain. – Revue de chirurgie. Décembre, 1894
Hegar. — D. Med. Woch., 1897, n° 45.
Heidenheim. — Wien Klin. Woch., 1894.
Heidenthaler. — Wien Klin. Woch., 1890.
Hermann Ritter von Hauschka. — Wien Klin. Woch., 1901.
Hofbauer. — Archiv. f. Gynœk., 1898. Bd. 56.
Hofmeier. — Handbuch der Krankheiten d. Weiblichen Geschlechtorgane.
Jaechk. — Virchow's Archiv. Bd. CXLII.
Jolly. — Thèse Paris, 1898.
Kaufmann, de Breslau. — Beitrag zur tuberc. cervix uteri. Zeitsch für Geburt. Bd. 36-37.
Kelly. — John Hopkins Hosp. Reports, 1890.
Kiwisch. — Klin vorträge, 1844, I.
Landouzy et Martin. — Revue de Médecine, 1883.
Lebert. — Archiv fur Gynœkologie. Bd. IV.
Le Dentu. — Semaine gynécologique, 1899.
Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire. Paris, 1901.
Louis. — Recherches sur la phtisie, 1825.
Maffucci. — Centrabl. f. allgem. anatom. u pathol. archiv., 1894.
Martin (A.), de Greisswald. — Rapport au 4e Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de 1902. Revue de gynécologie, 1902, t. VI.
Martin. — Die Krankheiten der Eileiter, 1895.
Martin (Dr J.), de Montpellier. — Un cas de tuberculose hypertrophique du col utérin simulant le cancer. (Mémoire inédit).
Massia (De). — Thèse de Paris, 1891.

Mathews. — Med. Record., 1898, vol. II.

Merletti. — Arch. di ost. et gin. Napoli VIII, 11-12.

Meyer (Albert). — Zur tuberculose der cervix uteri. Arch. fur Gynæk. Bd. 45. 1894.

Pettit. — Archives d'obstétrique et de gynécologie, 1890.

Popoff. — Dissertation inaugurale. Saint-Pétersbourg, 1898.

Pozzi (Samuel). — Traité de gynécologie. Paris, 1897.

Reynaud. — Arch. de Méd., 1831.

Rokitansky. - Allg. Wien med. Zeit., 1860.

Rokitansky. — Lehrbuch der pathol. Anatomie. 1861.

Schramm. — Arch. für Gynæk., 1882 Bd. XIX.

Schrœder. — Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1886

Schull. — Inaug Diss. Kiel, 1889.

Schutt. — Inaug. Diss. Kiel, 1889.

Senn. — Arch. de Med., 1831.

Senn. — Tuberculosis of the gen -urin. org. Chicago, 1897.

Sirena et Pernice. — Gaz. degli ospit., 1887.

Solles. — Journ. de Méd. de Bordeaux, 1892.

Spaeth. — Uber die tuberculose der weiblichen genitalien. Inaug. Dissert Strasbourg, 1885.

Stolper. - Monatschr. für Geb. und Gynæk., janvier 1900.

Terrillon. — Congrès français de chirurgie, 1889.

Thiercelin. — Bulletin de la Société anatomique, 1889.

Turner. — Obst. Society of London. Lancet, 1899, VII.

Uhland. — Inaug. Dissert. Tubingen, 1886.

Veit (J. de Leyde). — Rapport au 4e Congrès international et périodique de gynécologie et d'obstétrique de 1902. Revue de gynécologie, 1902, t. VI.

Verchère. — Les portes d'entrée de la tuberculose. Thèse de Paris, 1883.

Verneuil. — Lettre de M. le professeur Fournier. Gazette hebdomadaire, 1883.

Vitrac (Junior). — Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer. Arch. de Méd. expérim., mai 1895.

Voigt. - Archiv. fur Gynæk., 1889, t. LIX.

Walther. — Monat für Gebürt und Gynæk., 1897. Bd. 6.

Walther. — Beiträge 3. pathol. anatom. u. allg. Path. Bd. 16. 1894.

Williams. — Tubercul. of the fem. generat. organes. John Hopkins Hosp. Reports., 1892, vol. III, 1-2-3.

Winckel. — Lehrbuch d. Frauenkrankheiten. Leipzig, 1890.
Winter. — Central. für Gynœk , 1887.
Zweifel. — Central. für Gynœk., 1890.
Zweigbaum. — Ein fall von tuberk. ulceration der vulva, vagina und der portio vaginalis uteri. Berlin. (Kl. Wochensch., 1888, n° 22).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 juin 1905
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 juin 1905
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !